



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Anhang – REK-Entscheid 20_001

Die folgenden Änderungsvorschläge wurden von der REK-Kommission in der Sitzung vom 16. September 2022 validiert und führen zu Anpassungen in der aktuellen Ausgabe der Branchenlösung REKOLE®.

Auf Grund des Umfangs der Anpassungen wurde davon abgesehen, diese im REK-Entscheid einzeln aufzuführen. Stattdessen werden die einzelnen Anpassungen in diesem Anhang erläutert.

Anpassung Nr. 1 :

9.3 Der administrative Fall

Der administrative Fall ist ein technisches Hilfsmittel. Er ermöglicht, sämtliche Einzelleistungen, die ein Patient während seiner Behandlung erhält, zu erfassen und abzubilden, ohne dass von Anfang an alle Patienten- bzw. Behandlungsfalldaten bekannt sein müssen. Insbesondere die Hauptdiagnose wird erst am Ende der Behandlung definitiv festgelegt.

Die Definition des administrativen Falls ist so flexibel gehalten, dass alle Leistungserbringer ihn als Kosten- und Erlösermittler anwenden können.

Ein Patient kann gleichzeitig oder aufeinanderfolgend konsekutiv mehrere administrative Fälle auslösen.

Grundprinzip

Der administrative Fall ist **obligatorisches** Kontierungsobjekt und die kleinste **bebuchbare** Einheit.

© H+ Die Spitäler der Schweiz

Nach der schweizweiten, flächendeckenden Einführung der Tarifstruktur ST Reha per 1.1.2022 erfolgt eine nationale Harmonisierung der tarifarischen Falldefinition in den drei grossen Bereichen der schweizerischen Spitalbehandlung: Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation (vgl. SwissDRG, Abrechnungsregeln). Zur Vereinfachung der administrativen Arbeit der Spitäler und zur Vermeidung von Inkohärenzen wurden deshalb die Regeln und Definitionen des administrativen Falls mit den Regeln und Definitionen des Falls gemäss SwissDRG harmonisiert.

Weitere Erläuterungen zu den Eigenschaften des administrativen Falls finden sich im Kapitel 9.7 Regelwerk des administrativen Falls.

Anpassung Nr. 2:

Abgrenzung des administrativen Falls

Im Spitalalltag wird der Begriff Fall in verschiedenen Zusammenhängen verwendet. Damit keine Missverständnisse entstehen, sind die Fallbegriffe voneinander abzugrenzen. Die folgende Tabelle erläutert die massgebenden Begriffe.

	Fallart	Definition	Hauptnutzen
Interne Sicht	Administrativer Fall	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kontierungsobjekt ▪ Kleinste bebuchbare Einheit ▪ Behandlungsbeginn und -ende ▪ Harmonisierung mit den Regeln und Definitionen SwissDRG. 	Kosten- und Erlösermittlung, Betriebsführung
	Tarifarischer Fall	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gruppierung von Einzelleistungen (ambulant und zusatzversicherte Fälle) ▪ Tagestaxe (für stationäre Fälle) ▪ Fallpauschalen ▪ Abteilungspauschalen ▪ DRG's ▪ TARMED, Analyseliste, MiGel usw. <p>Der tarifarische Fall ist abhängig von Tarifpartnern und Verträgen.</p>	Rechnungsstellung
Externe Sicht	Behandlungsfall	Als Behandlungsfall gilt ein Aufenthalt in einem Spital, unabhängig von der Hospitalisationsursache. Der Aufenthalt wird in der VKL definiert. Dabei werden verschiedene Arten von Aufenthalten unterschieden.	Krankenhaus- und Medizinstatistik
	Medizinischer Spitalfall	Der medizinische Spitalfall bildet die Summe aller Behandlungen eines Patienten zum gleichen Problemkreis (gleiche Hauptdiagnose) ab, welche in einem Spital durchgeführt wurden.	Berichte (spitalinterne Krankengeschichte)
	Medizinischer Fall	Der medizinische Fall bildet die Summe aller Behandlungen eines Patienten zum gleichen Problemkreis (gleiche Hauptdiagnose) ab. Die Summe ist spitalübergreifend.	Berichte (Krankengeschichte)

© H+ Die Spitäler der Schweiz

Das Handbuch REKOLE® stützt sich auf diese verschiedenen Definitionen.

Der administrative Fall ist der Kosten-, Erlös- und Leistungsträger. Er ist als Informationsträger die kleinste obligatorische bebuchbare Einheit. Aus deren Summe lassen sich die verschiedenen Fälle aus externer Sicht erstellen.

Die Regeln für den administrativen Fall werden mit den SwissDRG-Regeln für den tarifarischen Fall in Einklang gebracht. Es ist jedoch nicht verboten, dass ein Spital bei der Führung seiner administrativen Fälle differenziertere Regeln anwendet, solange es in der Lage ist, das nationale Harmonisierungsniveau zu reproduzieren.

Anpassung Nr. 3:

Beziehungen zwischen den Fallarten

Jede aus spitalexterner Sicht betrachtete Fallart (vgl. Kapitel 9.5 Abgrenzung des administrativen Falls) entspricht einem oder mehreren administrativen Fällen.

Administrativer Fall und tarifarischer Fall

Der tarifarische Fall entspricht dem Erlösträger **und im Rahmen der stationären Tarifstrukturen, dem obligatorischen administrativen Fall.**

Für Bereiche, deren Tarifstruktur nicht durch die SwissDRG AG geregelt ist, kann der tarifarische Fall in der Abbildung eines administrativen Falls oder einer Gruppierung von administrativen Fällen bestehen. Dies hängt von der Definition des tarifarischen Falls in den Verträgen zwischen einem Versicherer und einem Leistungserbringer ab.

~~Wenn beispielsweise laut Vertrag die Abgeltung eines stationären Aufenthaltes gleichzeitig die Abgeltung der Vor- und Nachbehandlung beinhaltet, entspricht dies aus Sicht der Abrechnung, einem tarifarischen Fall. Aus Sicht der Kostenermittlung des Spitals können zwei oder sogar mehrere administrative Fälle geführt werden. Jeder administrative Fall entspricht dem physischen Ein- und Austritt des Patienten gemäss Regelwerk aus Kapitel 9.7 Regelwerk des administrativen Falls.~~

~~Mit der schweizweiten, flächendeckenden Einführung von SwissDRG und TARPSY erfolgt im stationären akutsomatischen und psychiatrischen Behandlungsbereich eine nationale Harmonisierung der tarifarischen Falldefinition (vgl. SwissDRG, Fallabrechnung). Dies führt im stationären akutsomatischen und psychiatrischen Behandlungsbereich zu einer nationalen Übereinstimmung zwischen dem administrativen und tarifarischen Fall.~~

Der tarifarische Fall beantwortet die Frage: Wie werden Behandlungen im Spital abgegolten? Da sowohl eidgenössische wie kantonale Tarifordnungen zur Anwendung kommen, ist sicherzustellen, dass diese auch vom administrativen Fall abgebildet werden können. Der administrative Fall beantwortet die Frage: Welche medizinischen und ökonomischen Leistungen hat ein Patient im Spital bezogen?

Mit der schweizweiten, flächendeckenden Einführung von SwissDRG, TARPSY und ST Reha erfolgt im stationären akutsomatischen und psychiatrischen Behandlungsbereich sowie in der stationären Rehabilitation eine nationale Harmonisierung der tarifarischen Falldefinition (vgl. SwissDRG, Abrechnungsregeln). Deshalb hat die REK-Fachkommission beschlossen, das obligatorische Niveau der Definition des administrativen Falls in den Bereichen der stationären Akutomatik, stationären Psychiatrie und stationären Rehabilitation an dasjenige des tarifarischen SwissDRG-Falls anzupassen.

Anpassung Nr. 4:

Regelwerk des obligatorischen administrativen Falls

Das folgende Regelwerk zeigt im Überblick, wie ein obligatorischer administrativer Fall abzugrenzen ist, d. h. wann er beginnt und endet und wann demzufolge ein neuer administrativer Fall zu generieren ist.

Die folgenden Regeln zeigen im Überblick die verschiedenen Kriterien zur Abgrenzung eines obligatorischen administrativen Falls: Sein Beginn, sein Ende und folglich auch der Zeitpunkt, wann ein neuer Fall generiert werden muss, entsprechen strikt den Regeln der SwissDRG für die Akutsomatik (DRG), die Psychiatrie (TARPSY) und die Rehabilitation (ST Reha).

Regelwerk des administrativen Falls		© H+ Die Spitäler der Schweiz
1. Behandlungsbeginn/-ende (inkl. Notfälle)	Administrativer Fall	
2. Wechsel der Versicherungsklasse	Kein neuer Fall	
3. Interne Verlegung	Kein neuer Fall	
4. Wechsel der Diagnose	Kein neuer Fall	
5. Jahresende (inkl. Langzeitbehandlungen)	Kein neuer Fall	
6. Wiedereintritt wegen Verlegung oder Rehospitalisation	Neuer Fall, ausser wenn: in den Regeln des Tariffalls anders vorgesehen. (Kein neuer Fall, wenn Verlegung < als 24 Stunden und ohne Bettbelegung um Mitternacht im Verlegungsspital. (Ausnahme: Wiedereintritt in die Rehabilitation nach Rückweisung ins Akutspital > Neuer Fall, wenn der Aufenthalt im Akutspital länger als 18 Tage dauert.)	
7. Wiedereintritt wegen Rehospitalisation	Neuer Fall	
7. Urlaub	Kein neuer Fall	
8. Abgrenzung Akut-/Langzeitbehandlung	Neuer Fall, sobald die Akutspitalbedürftigkeit Akut-/Langzeitbehandlung nicht mehr bzw. wieder notwendig ist.	
9. Abgrenzung der Behandlung von Frührehabilitations- und Paraplegiefällen	Neuer Fall	
Fakultative Zusatzregel		
10. Ambulanter Dauerfall	Neuer Fall, wenn die Behandlungsdauer mehr als 365 Tage beträgt. Die diagnostische Behandlung ist auf eine Hauptdiagnose bezogen.	

In den folgenden Unterkapiteln werden die einzelnen Elemente dieses Regelwerks weiter erläutert, wobei festzuhalten ist, dass dieses für stationäre und ambulante Behandlungen, telefonische Konsultationen sowie geplante Behandlungen und Notfälle gültig ist.

Anpassung Nr. 5:

9.7.1 Behandlungsbeginn und -ende (inkl. Notfälle)

Stationäre Behandlung

Der Behandlungsbeginn und das Behandlungsende entsprechen im stationären Bereich dem physischen Ein- und Austritt eines Patienten.

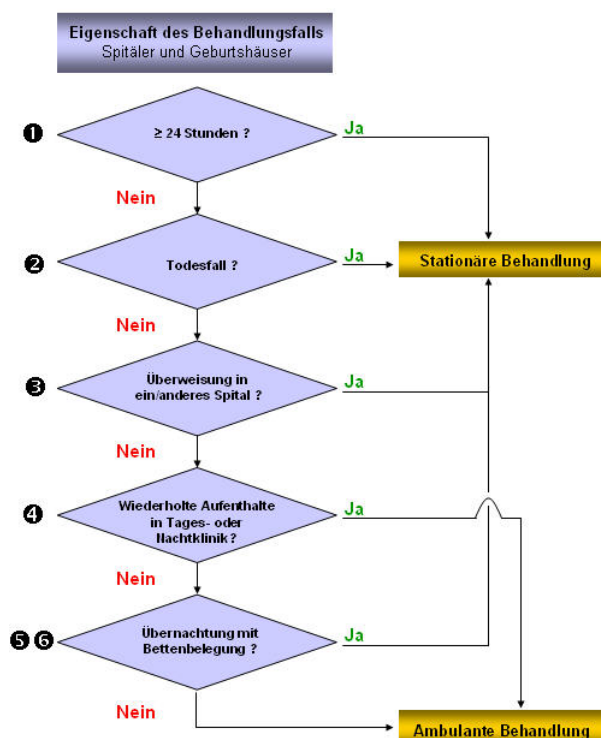
Bei der telefonischen Beratung entsteht der administrative Fall ohne physische Präsenz des Patienten im Spital. Behandlungsbeginn und Behandlungsende entsprechen hier der Kontaktaufnahme bzw. dem Kontaktende.

Neugeborene (bis 1. Monat) und Säuglinge (ab 1. Monat bis 1. Jahr) – gesund oder krank – führen in jedem Fall zur Eröffnung eines eigenen administrativen Falls. Der Behandlungsbeginn entspricht i. d. R. dem Geburtsdatum (Tag und Zeit). Das Behandlungsende entspricht dem Austrittsdatum der Neugeborenen oder der Säuglinge.

Die Zeiterfassung des Behandlungsbeginns und des Behandlungsendes markieren den Anfang und das Ende der Periode, in welcher der Patient Kostenverursacher ist. Er konsumiert Leistungen und erzeugt somit Kosten, sobald er das Spital physisch betritt oder bei der telefonischen Konsultation, sobald der Kontakt hergestellt ist.

Ambulante Behandlungen

Gemäss der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL) gilt ein ambulanter administrativer Fall per Definition nicht als stationär. Wiederholte Aufenthalte in Tages- oder Nachtkliniken gelten ebenfalls als ambulant (Art. 2,4 und 5 VKL). In der folgenden Tabelle wird die Definition eines Spitalaufenthalts zusammengefasst, der als «stationär» bzw. «ambulant» bezeichnet wird.



Ambulante Behandlungen grenzen sich ebenfalls durch einen Behandlungsbeginn und ein Behandlungsende ab (inkl. telefonische Konsultationen). Da es im ambulanten Bereich im Gegensatz zum stationären Bereich im Zusammenhang mit einer Hauptdiagnose auch ambulante Dauerfälle gibt (Serienbehandlung), entsprechen Behandlungsbeginn und Behandlungsende nicht immer einem physischen Ein- bzw. Austritt, sondern einer Serie von physischen Ein- und Austritten (vgl. Kapitel 9.7.9 Ambulanter Dauerfall).

Sämtliche ambulanten Fälle müssen mit der Einführung von REKOLE® abgeschlossen werden, da mit REKOLE® grundsätzlich ein Neustart vorgenommen wird. Diese Regelung erübrigt sich bei bereits eingeführten Kostenträgerrechnungen.

Anpassung Nr. 6:

9.7.3 Interne Verlegung und Wechsel der Diagnose

~~Wird ein Patient aus organisatorischen Gründen (z. B. Pflö. ä.) in eine andere Abteilung verlegt, entsteht kein neuer administrativer Fall.~~

Ein Spital mit mehreren Standorten gilt als 1 Spital (Regeln und Definitionen SwissDRG, TARPSY und ST Reha). Wird ein Patient aus organisatorischen Gründen (z. B. Pflegepool-Optimierung o.ä.) in eine andere Abteilung verlegt, entsteht sowohl für den Fall eines Spitals mit einem Standort als auch für den Fall eines Spitals mit mehreren Standorten somit kein neuer administrativer Fall.

Für einen administrativen Fall gibt es immer nur eine Hauptdiagnose.

Gemäss World Health Organisation (WHO) ist die Haupterkrankung als derjenige Zustand definiert, der am Ende des Spitalaufenthaltes als Hauptanlass für die Behandlung des Patienten gilt (vgl. BFS, StatSanté). Die Hauptdiagnose kann also erst am Ende des Spitalaufenthaltes rechts- und abrechnungsverbindlich erstellt werden.

~~Der Wechsel der Diagnose führt oft zu einem Wechsel des medizinischen Personals und der Abteilung im Spital.~~ Der Wechsel der Diagnose führt oft zu einem Wechsel des medizinischen Personals und der Abteilung im Spital. Dies begründet aber keinen neuen **obligatorischen** administrativen Fall.

Auf der Kostenträgerebene werden die vom Patienten konsumierten Leistungen (und die dadurch verursachten Einzel- und Gemeinkosten) ersichtlich. ~~Demzufolge lassen sich auch die Kosten diagnosebezogen ermitteln.~~ Grundbedingung dafür ist eine vollständige, auf den Patienten bezogene Leistungserfassung.

~~Gemäss World Health Organisation (WHO) ist die Haupterkrankung als derjenige Zustand definiert der am Ende des Spitalaufenthaltes als Hauptanlass für die Behandlung des Patienten gilt (vgl. BFS, StatSanté). Die Hauptdiagnose kann also erst am Ende des Spitalaufenthaltes rechts- und abrechnungsverbindlich erstellt werden.~~

~~Für einen administrativen Fall gibt es immer nur eine Hauptdiagnose.~~

Anpassung Nr. 7:

9.7.5 Wiedereintritt wegen Verlegung und Rehospitalisation

~~Wiedereintritte wegen Verlegung kommen nur im Rahmen des stationären Aufenthaltes vor. Sie entstehen aus verschiedenen Ursachen. So spricht man von Wiedereintritt, wenn die Behandlung eines Patienten spezifische Untersuchungen erfordert, die vor Ort (Spital X) nicht angeboten werden. Der Patient wird in das Spital, das die Untersuchung anbietet (Spital Y), verlegt. Nach den Untersuchungen kehrt der Patient wieder ins Spital X zurück.~~

~~Dauert die Verlegung weniger als 24 Stunden und belegt dabei der Patient um Mitternacht kein Bett im Spital Y, so wird im Spital X der administrative Fall 1 weitergeführt (Mitternachtszensus-Regel, vgl. VKL). Im Spital Y wird ein der ambulanten Behandlung entsprechender administrativer Fall 2 geführt. Folgende Abbildung stellt den Sachverhalt dar:~~

~~Rehospitalisation bedeutet einen Wiedereintritt in das behandelnde Spital, nachdem dort ein Austritt (medizinischer Entscheid) erfolgte.~~

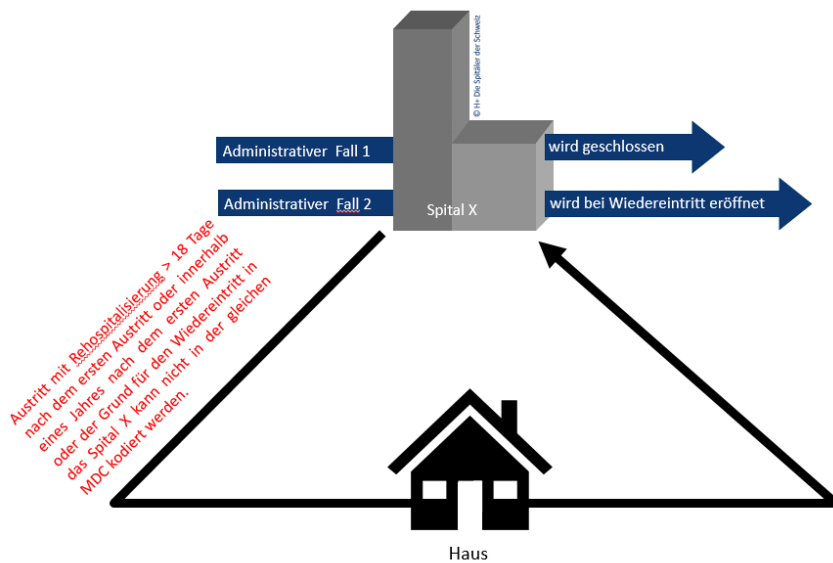
~~Wenn ein Patient nach einer Verlegung in ein anderes Spital wieder eintritt, handelt es sich um einen Wiedereintritt nach einer Verlegung.~~

~~In beiden Situationen müssen die Fälle zusammengeführt werden, wenn der Patient innerhalb von 18 Kalendertagen nach dem ersten Austritt wieder eintritt, sofern die zugrunde liegenden Aufenthalte in:~~

- ~~- derselben MDC (Akutsomatik) und nicht in einer DRG mit Ausnahme des Wiedereintritts eingestuft~~
- ~~- derselben Basis-RCG (Rehabilitation) aber~~
- ~~- ohne weitere Bedingungen für die Psychiatrie sind.~~

~~Im Übrigen – und dies gilt für die drei Sektoren Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation – muss der Wiedereintritt im selben Jahr wie der erste Austritt erfolgen (Regeln und Definitionen SwissDRG, TARPSY und ST Reha).~~

Andernfalls muss das Spital zwei administrative Fälle führen:



Bei einem Wiedereintritt in das behandelnde Spital wegen Verlegung im Jahr nach dem ersten Austritt oder 19 Tage und mehr nach dem ersten Austritt sind zwei getrennte obligatorische administrative Fälle zu führen, die sich nicht zusammenführen lassen.

Beispiele für Rehospitalisierungen :

- Herr Muster tritt am 01.12.2022 in das Spital X ein. Er wird am 23.12.2022 endgültig entlassen. Am 03.01.2023 tritt Herr Muster erneut ins Spital X ein, da sich sein Zustand verschlechtert hat (=> gleiche MDC wie 1. Hospitalisierung) Spital X: eröffnet 2 administrative Fälle mit DRG-Pflicht (der Begriff der gleichen MDC oder die 18 Tage haben keinen Einfluss, da es einen Jahreswechsel gibt).
- Frau Muster tritt am 01.06.2022 in das Spital X ein und wird am 07.06.2022 endgültig entlassen. Am 17.06.2022 tritt Frau Muster erneut ins Spital X ein, da sich ihr Zustand verschlechtert hat (=> gleiche MDC wie 1. Hospitalisierung innerhalb von 18 Tagen) Spital X: eröffnet 1 obligatorischen administrativen Fall DRG oder 2 fakultative administrative Fälle.
- Herr Muster tritt am 01.06.2022 in das Spital X ein und wird am 07.06.2022 endgültig entlassen. Am 29.06.2022 tritt Herr Muster erneut ins Spital X ein, da sich sein Zustand verschlechtert hat (=> gleiche MDC wie 1. Spitaleinweisung) Spital X: eröffnet 2 administrative Fälle obligatorisch DRG (Frist von 18 Tagen überschritten).

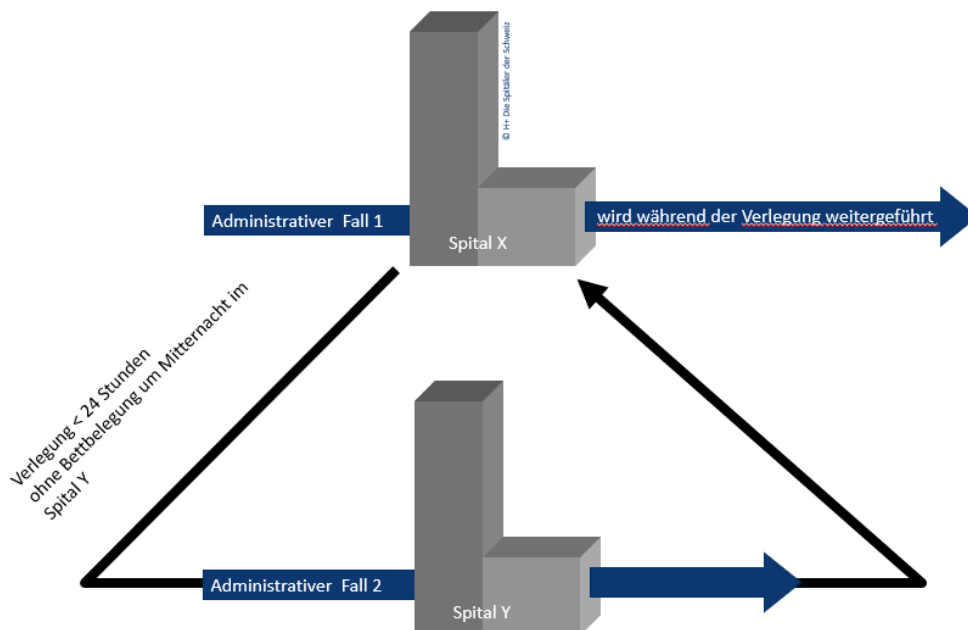
Beispiele im Fall eines Wiedereintritts wegen Verlegung :

Wenn ein Patient eine bestimmte Behandlung benötigt, die das behandelnde Spital (Spital X) nicht anbietet, wird der Patient in ein Spital verlegt, das diese Behandlung anbietet (z. B. Spital Y). Sobald der Patient die Behandlung erhalten hat, wird er im Spital X wieder aufgenommen (wegen Verlegung).

Fall 1 (Akutsomatik)

Im Spital X (obligatorischer administrativer DRG-Fall) und Spital Y (ambulanter administrativer Fall), wird jeweils ein einziger obligatorischer administrativer Fall geführt, falls:

- die Verlegung ins Spital Y weniger als 24 Stunden dauert
- und der Patient dabei um Mitternacht kein Bett im Spital Y belegt,



Beispiel:

Frau Muster tritt am 04.10.2022 in das Spital X ein. Am Morgen des 06.10.2022 lässt sie im Spital Y eine MRI-Untersuchung durchführen und kehrt am Abend ins Spital X zurück.

- Spital X: eröffnet 1 administrativen Fall mit DRG-Pflicht.
- Spital Y: eröffnet 1 administrativen Fall ambulant.

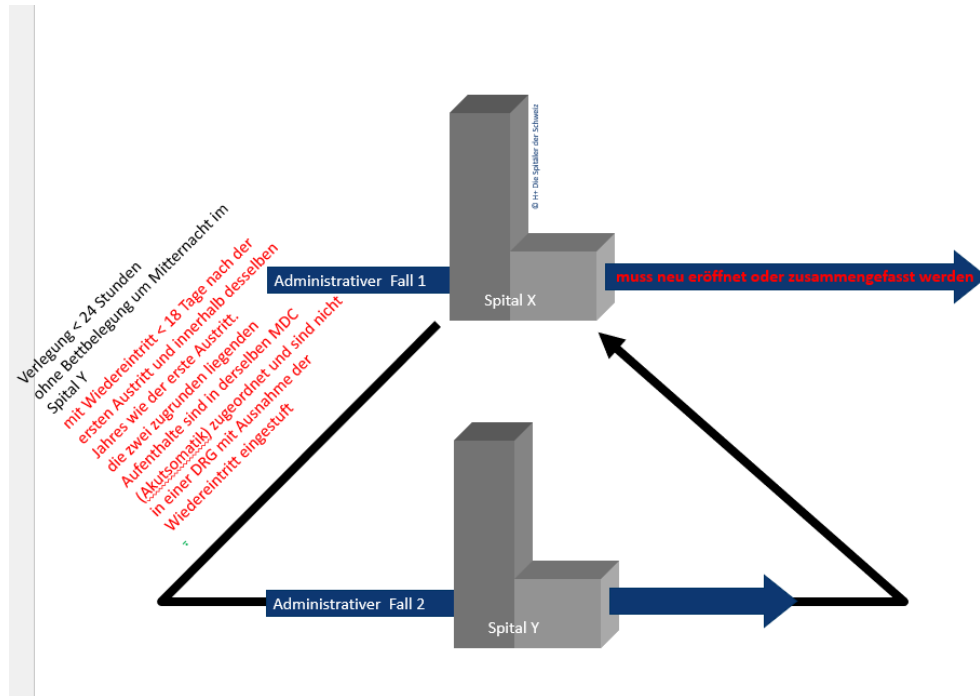
Abrechnung: Das Spital Y stellt Spital X eine ambulante Rechnung für die geleistete ambulante Behandlung. Die vom Spital Y in Rechnung gestellte Faktura wird im Spital X als Fremdfaktura betrachtet und vom Spital X an Spital Y bezahlt. Das Spital X belastet die vom Spital Y in Rechnung gestellte Faktura (Fremdfaktura) seinem administrativen Fall als Einzelkosten und ~~ihrem administrativen Fall als Einzelkosten belastet. Spital X~~ stellt der Versicherung und dem Kanton den stationären Aufenthalt in Rechnung, nach bestimmten Abrechnungsregeln (z.B. SwissDRG Abrechnungsregeln).

Fall 2

Im Spital X (obligatorischer administrativer DRG-Fall) und Spital Y (obligatorischer administrativer DRG-Fall) wird jeweils ein einziger obligatorischer administrativer Fall geführt, falls:

- die Verlegung ins Spital Y 24 Stunden oder länger dauert oder
- die Verlegung ins Spital Y weniger als 24 Stunden dauert, aber der Patient um Mitternacht ein Bett im Spital Y belegt,
- die zwei zugrunde liegenden Aufenthalte in derselben MDC (Akutsomatik) zugeordnet und sind nicht in einer DRG mit Ausnahme des Wiedereintritts eingestuft sind und
- der Patient weniger als 18 Tage nach seinem ersten Austritt im Spital X wieder eintritt und sein Wiedereintritt im selben Jahr erfolgt wie sein erster Austritt.

Dauert die Verlegung 24 Stunden und mehr oder wird bei einer Verlegungsdauer von weniger als 24 Stunden um Mitternacht im Spital Y ein Bett belegt, so wird der administrative Fall 1 im Spital X geschlossen. Im Spital Y wird ein administrativer Fall 2 geführt (Mitternachtszensusregel, vgl. VKL). Sobald der Patient vom Spital Y ins Spital X rückverlegt wird, eröffnet Spital X beim Wiedereintritt einen neuen administrativen Fall 3 und Spital Y schliesst den administrativen Fall 2:



Beispiele:

a) Herr Muster tritt am 04.10.2022 in das Spital X ein. Am 06.10. verschlechtert sich sein Gesundheitszustand und er muss in das Spital Y (Universitätsspital) verlegt werden. Dort bleibt er bis zum 10.10. und kehrt dann zur weiteren Behandlung in das Spital X zurück (= gleiche MDC). Der Patient wird am 25.10.2022 endgültig entlassen.

- Spital X: eröffnet 1 obligatorischen administrativen Fall DRG oder 2 fakultative administrative Fälle.
- Spital Y: eröffnet 1 administrativen Fall obligatorisch DRG (Aufenthalt > 24h).

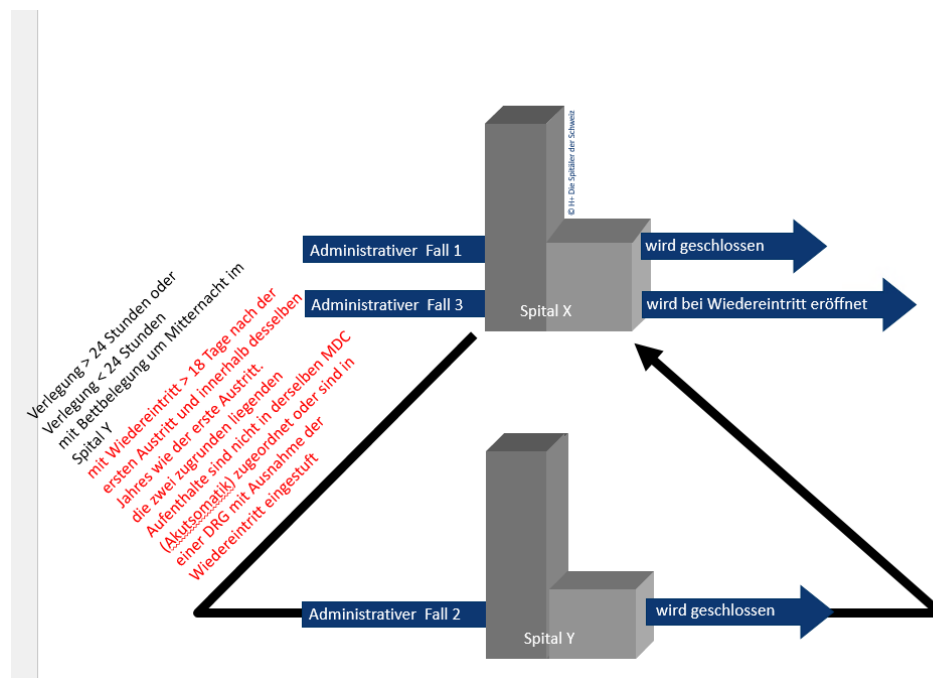
b) Frau Muster tritt am 19.12.2022 in das Spital X ein. Am 29.12. verschlechtert sich ihr Gesundheitszustand und sie muss in das Spital Y (universitär) verlegt werden. Dort bleibt sie bis zum 05.01.2023 und kehrt dann zur weiteren Behandlung in das Spital X zurück (= gleiche MDC). Der Patient wird am 25.01.2022 endgültig entlassen.

- Spital X: eröffnet 2 obligatorische administrative Fälle DRG (Jahreswechsel).
- Spital Y: eröffnet 1 administrativen Fall mit DRG-Pflicht (Aufenthalt > 24h).

Fall 3

Vom Spital X (obligatorischer administrativer DRG-Fall) werden zwei obligatorische administrative Fälle und vom Spital Y wird ein obligatorischer administrativer Fall (obligatorischer administrativer DRG-Fall) geführt, falls:

- die Verlegung ins Spital Y 24 Stunden oder länger dauert oder
- die Verlegung ins Spital Y weniger als 24 Stunden dauert, aber der Patient um Mitternacht ein Bett im Spital Y belegt,
- die zwei zugrunde liegenden Aufenthalte nicht in derselben MDC (Akutsomatik) zugeordnet oder in einer DRG mit Ausnahme des Wiedereintritts eingestuft sind und
- der Patient frühestens 19 Tage nach seinem ersten Austritt ins Spital X wieder eintritt oder sein Wiedereintritt im Jahr nach seinem ersten Austritt erfolgt.



Beispiel:

Herr Muster tritt am 04.10.2022 in das Spital X ein. Am 06.10. verschlechtert sich sein Gesundheitszustand und er muss in das Spital Y (Universitätsspital) verlegt werden. Dort bleibt er bis zum 25.10. und kehrt dann zur weiteren Behandlung in das Spital X zurück (= gleiche MDC). Der Patient wird am 07.11.2022 endgültig entlassen.

- Spital X: eröffnet 2 obligatorische administrative Fälle DRG (Wiederaufnahme > 18 Tage).
- Spital Y: eröffnet 1 administrativen Fall mit DRG-Pflicht (Aufenthalt > 24h).

Abrechnung:

Das Spital X stellt zwei tarifarische DRG-Fälle und das Spital Y einen tarifarischen DRG-Fall gemäss den festgelegten Abrechnungsregeln in Rechnung (vgl. SwissDRG, Abrechnungsregeln).

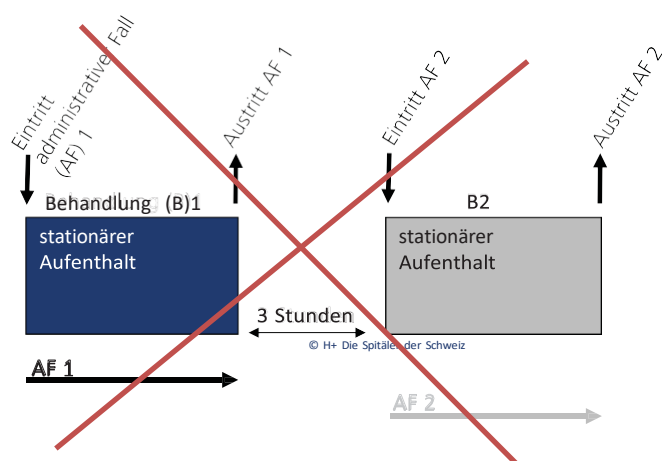
~~Abrechnung: Inwiefern es im Hinblick auf die Abrechnung der stationären Behandlungen zu einer administrativen Fallzusammenführung von Fall 1 und Fall 3 im Spital X kommt, hängt von der Definition des tarifarischen Falls ab (z. B. SwissDRG Abrechnungsregeln).~~

~~Der Bereich der Rehabilitation bildet in diesem Rahmen eine Ausnahme. Da die Rückweisung des Patienten, der sich in Rehabilitation befindet, ins Akutspital in der Regel mehr als 24 Stunden dauert, wird ein neuer Fall in der Rehabilitationsklinik nur dann eröffnet, wenn die Behandlung im Akutspital länger als 18 Tage dauert (vgl. Kapitel 9.7 Regelwerk des administrativen Falls).~~

Anpassung Nr. 8:

9.7.6 ~~Wiedereintritt wegen Rehospitalisation~~

~~Rehospitalisation bedeutet der Wiedereintritt in das behandelnde Spital, nachdem dort ein Austritt erfolgte. Jede Rehospitalisation führt zur Eröffnung eines neuen administrativen Falls. Dabei ist unerheblich, ob ein Zusammenhang zur vorherigen Behandlung besteht und wie lange der Unterbruch zwischen Austritt (B1) und Wiedereintritt (B2) dauert:~~



~~Somit besteht hier eindeutig eine Definitionsabweichung zwischen administrativem Fall und SwissDRG Abrechnungsfall, da gemäss SwissDRG Abrechnungsregeln u. a. eine administrative Fallzusammenführung zu erfolgen hat, wenn innerhalb von 18 Kalendertagen seit Austritt eine Wiederaufnahme in dasselbe Spital stattfindet und beide administrativen Fälle in derselben MDC codiert werden (vgl. SwissDRG, Fallabrechnung).~~

Anpassung Nr. 9:

9.7.6 Urlaub

~~Der Urlaub wird definiert als eine zwischen dem Arzt und dem Patienten vorausgeplante Zeit, in der sich der Patient nicht im Spital aufhält.~~

~~Ein Urlaub führt grundsätzlich nicht zur Eröffnung eines neuen administrativen Falls.~~

Verlässt ein Patient, eine Patientin die Institution für mehr als 24 Stunden bei bleibender Reservierung eines Bettes (als Belastungserprobung oder sonstige Abwesenheit in der Psychiatrie), so ist dies als Urlaub anzugeben.

Ein Urlaub führt nicht zur Eröffnung eines neuen administrativen Falls.

Anpassung Nr. 10:

Neues Kapitel :

9.7.8 Abgrenzung der Behandlung von Frührehabilitation und Paraplegiefällen

Das Handbuch Regeln und Definitionen für die Abrechnung von Fällen unter ST Reha gibt folgendes an: "Die Paraplegie fällt nicht unter den Anwendungsbereich von ST Reha. Die Vergütung kann über die Tarifstruktur SwissDRG oder eine andere Tarifierung erfolgen." sowie "Für eine Abrechnung der Paraplegiologie unter SwissDRG wird zwischen der Akut- und der Rehabilitationsphase kein Fallsplit vorgenommen. Der Fall muss komplett unter SwissDRG fakturiert werden".

Das Handbuch stellt auch klar, dass "Frührehabilitation nicht in den Anwendungsbereich von ST Reha einweist. Die Vergütung kann über die Tarifstruktur SwissDRG oder eine andere Tarifierung erfolgen". Wenn die Akutphase und die Frührehabilitation im selben Spital stattfinden, gibt es keinen Aufenthaltssplit, da solche Splits in der Tarifstruktur SwissDRG nicht vorgesehen sind.

Demzufolge wird zwischen dem Eintritt des Patienten in die Akutpflege bis zu seiner Entlassung aus der Paraplegiker-Rehabilitation oder Frührehabilitation nur ein einziger Fall eröffnet.

Für weitere Informationen zur Definition von Paraplegie und Frührehabilitation verweisen wir auf die SwissDRG-Dokumentation "Geltungsbereich und Abgrenzungen ST Reha".

Anpassung Nr. 11:

9.9 Tarifarischer Fall

Der tarifarische Fall widerspiegelt eine spitalexterne Sicht einer Spitalbehandlung (vgl. Kapitel 9.6 Beziehungen zwischen den Fallarten) und dient der Rechnungsstellung. Diese richtet sich nach den gesetzlichen Vorschriften von Bund und Kantonen und den verschiedenen, zwischen den Partnern im Gesundheitswesen vereinbarten Tarifsystemen. Der tarifarische Fall bildet somit das Verbindungsstück zwischen den Tarifsystemen und der Spitalbehandlung.

Der tarifarische Fall ist in jedem Fall Erlösträger. Bei stationären Behandlungen in der Akutsomatik unter SwissDRG, in der stationären Psychiatrie unter TARPSY oder in der stationären Rehabilitation unter ST Reha sind die Regeln zur Abgrenzung des tarifarischen Falls perfekt mit den Regeln zur Abgrenzung des obligatorischen administrativen Falls vereinbar.

~~Er kann einem administrativen oder mehreren (verdichteten) administrativen Fällen entsprechen. Bei einer eins zu eins Beziehung entspricht der administrative Fall gleichzeitig auch dem Erlösträger. Bei einer eins zu «n» Beziehung, kann eine kalkulatorische Aufteilung der Erlöse auf die administrativen Urfälle (administrative Fälle vor Verdichtung) vorgenommen werden, wenn dies betriebsinternen Zwecken dient. REKOLE® gibt aber in diesem Zusammenhang keine weiteren Empfehlungen ab. Der tarifarische Fall entspricht somit einem obligatorischen administrativen Fall oder mehreren fakultativen administrativen Fällen, die zu obligatorischen administrativen Fällen zusammengeführt werden. Im ersten Fall entspricht der obligatorische administrative Fall auch dem Erlösträger. Dies gilt zum Beispiel für Fälle, die den Tarifstrukturen SwissDRG, TARPSY und ST Reha unterliegen. Falls der tarifarische Fall mehreren fakultativen administrativen Fällen entspricht, kann der Erlös zwischen den «fakultativen oder ursprünglichen» administrativen Fällen (fakultative administrative Fälle vor der Zusammenführung in einen obligatorischen administrativen Fall) aufgeteilt werden, wenn dies den internen Zielen der Einrichtung entspricht. REKOLE® gibt diesbezüglich jedoch keine weiteren Empfehlungen ab.~~

Laut VKL wird ein tarifarischer Fall durch zwei verschiedene Behandlungsarten definiert stationär oder ambulant; dies deshalb, weil diese Behandlungsarten durch unterschiedliche Tarifregeln finanziert sind. ~~Da die Definitionen der Behandlungsarten Änderungen unterliegen können, ist im Handbuch REKOLE® die Typologie der Behandlungsart nicht Teil der Definition des administrativen Falls (vgl. Kapitel 9.3 Der administrative Fall). Hingegen~~ Ausserdem ist die Behandlungsart eine wichtige Auswertungsinformation, die für jeden administrativen Fall zu erfassen ist (nur eine Behandlungsart pro administrativen Fall).

Jedem tarifarischen Fall wird eine Versicherungsart (Grundversicherung mit oder ohne Zusatzversicherung) zugeordnet. Ein Wechsel der Versicherungsart während der Behandlung ändert die tarifarischen Grundlagen für die Abrechnung. Dies kann zur Ausstellung mehrerer Rechnungen führen, führt aber nicht zur Eröffnung eines neuen **obligatorischen** administrativen und/oder tarifarischen Falls.

Mehr Informationen zur Beziehung zwischen tarifarischem und **obligatorischem** administrativem Fall finden Sie im Kapitel 9.6 Beziehungen zwischen den Fallarten.

Anpassung Nr. 12:

9.12 Administrative Abbildung von Behandlungen

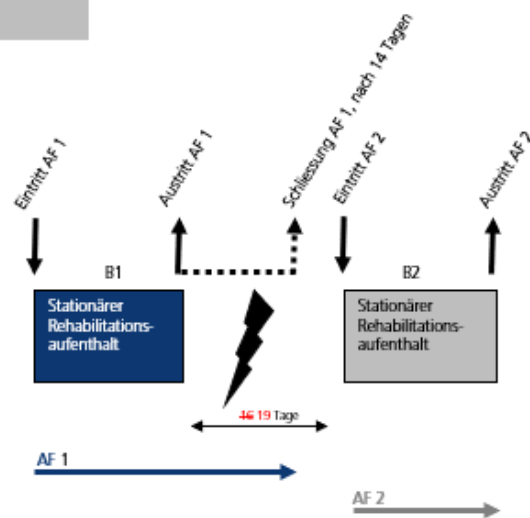
Beispiel 6

Rehabilitationsbehandlung nach Hüft-Totalprothese, Variante C

Erläuterung

Der Patient ist von seinem Arzt in die Rehabilitationsklinik eingewiesen worden, um sich dort einer dreiwöchigen stationären Behandlung zu unterziehen (B1). Drei Tage nach Beginn der Behandlung muss der Patient ins Akutspital zurückgewiesen werden, weil er eine Akutbehandlung benötigt. Der Patient kommt erst ~~14~~ 19 Tage später in die Rehabilitationsklinik zurück, um dann seine Behandlung zu beenden (B2).

Abbildung



Bemerkungen

Für diese Behandlungen werden aus administrativer Sicht in der Rehabilitationsklinik zwei administrative Fälle geführt:

- Der administrative Fall 1 (AF 1) bildet die stationäre Behandlung bis zur Zurückweisung ins Akutspital ab und wird dann noch ~~14~~ 18 Tage weitergeführt. Ist der Patient innerhalb dieser Zeit nicht vom Akutspital zurückgekehrt, wird der AF 1 geschlossen.
- Der administrative Fall 2 (AF 2) bildet die stationäre Behandlung ab, sobald die Behandlung wieder aufgenommen wird.

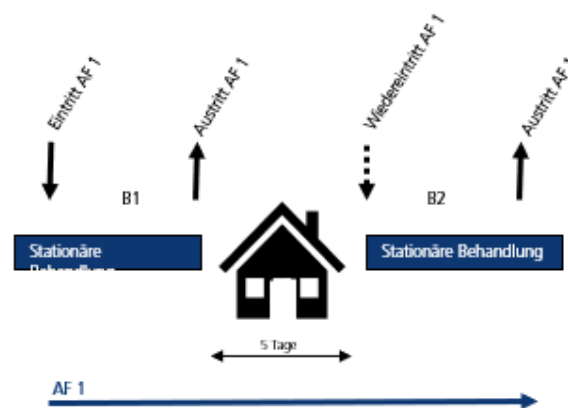
Rehospitalisation nach einer Behandlung wegen Ateminsuffizienz.

Erläuterung

Der Patient wird als Notfall von zu Hause (Altenheim) mit Atemnot eingeliefert. Er wird vier Tage lang stationär behandelt und kehrt dann in das Altenheim zurück. Die daraus resultierende Kodierung lautet MDC 04 und E77D Andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit schweren CC, Alter > 15 Jahre und mehr als einem Tag Spitalaufenthalt.

5 Tage später wird der Patient aufgrund einer Verschlechterung seines Gesundheitszustands erneut für 5 Tage in dasselbe Spital eingewiesen. Die Kodierung, die sich aus dem zweiten Fall ergibt, ist weiterhin MDC 04 und E77D Andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit schweren CC, Alter > 15 Jahre und mehr als ein Tag Spitalaufenthalt.

Abbildung



Bemerkungen

Für diese Behandlungen wird aus administrativer Sicht ein administrativer Fall (AF 1) geführt.

- Der administrative Fall 1 (admin. Fall 1) stellt die stationäre Behandlung vor und nach der Rehospitalisierung des Fall. Wenn der Patient nicht innerhalb von 18 Tagen nach der ersten Austritt zurückkehrt, ist der Fall abgeschlossen. Das Spital hat auch die Möglichkeit, zwei administrative Fälle zu eröffnen. Es muss jedoch in der Lage sein, sie zusammenzuführen, um die nationale Mindestharmonisierungsebene zu reproduzieren.

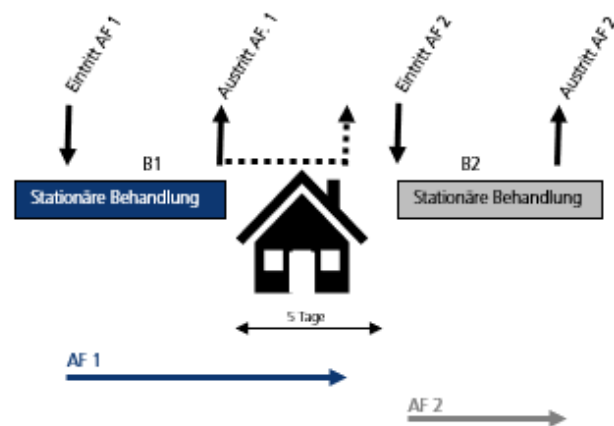
Behandlung einer glykämischen Dekompensation und Rehospitalisierung nach einem Schädel-Hirn-Trauma.

Erläuterung

Der Patient wird wegen einer glykämischen Dekompensation als Notfall eingewiesen. Er wird vier Tage lang stationär behandelt und kehrt dann nach Hause zurück. Die daraus resultierende Kodierung lautet: MDC 04 und E08B Radiotherapie bei Erkrankungen und Störungen des Atmungssystems, mehr als ein Tag Spitalaufenthalt.

Nach fünf Tagen wird der Patient wegen eines Schädel-Hirn-Traumas erneut ins Spital eingewiesen. Die daraus resultierende Kodierung lautet: MDC 21B und X60A Extrem schwere Verletzungen und allergische Reaktionen mit CC, mehr als ein Tag Spitalaufenthalt.

Abbildung



Bemerkungen

Für diese Behandlungen wird aus administrativer Sicht zwei administrative Fälle geführt:

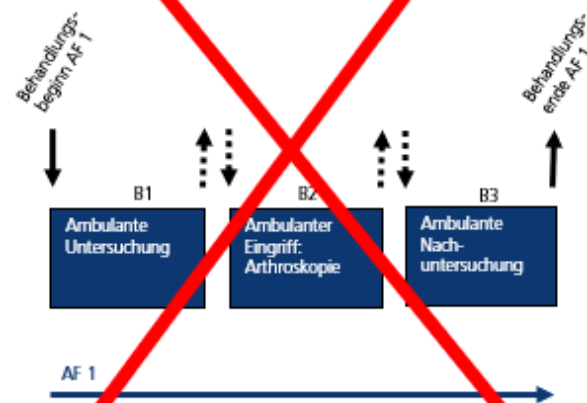
- Der administrative Fall 1 (AF 1) stellt die Behandlung der glykämischen Dekompensation dar.
- Der administrative Fall 2 (AF 2) ist die Behandlung eines Schädel-Hirn-Traumas.

Orthopädische Behandlung: Kniebeschwerden, Variante A

Erläuterung

Der Patient geht wegen Kniebeschwerden ambulant zur Untersuchung ins Spital. Der Arzt entscheidet sich, zwei Tage später eine Arthroskopie vorzunehmen (B2). Die Arthroskopie wird ambulant durchgeführt. Nach dem Eingriff findet eine Nachuntersuchung statt (B3).

Abbildung



Bemerkungen

Für diese Behandlung wird aus administrativer Sicht ein administrativer Fall (AF 1) geführt. Er bildet alle ambulanten Behandlungen (B1 bis B3) ab.

Orthopädische Behandlung: Kniebeschwerden, Variante B

Erläuterung

Der Patient geht wegen Kniebeschwerden zur Untersuchung ins Spital (B1). Der Arzt entscheidet sich für eine konservative Behandlung und schickt den Patienten wieder nach Hause.

Abbildung



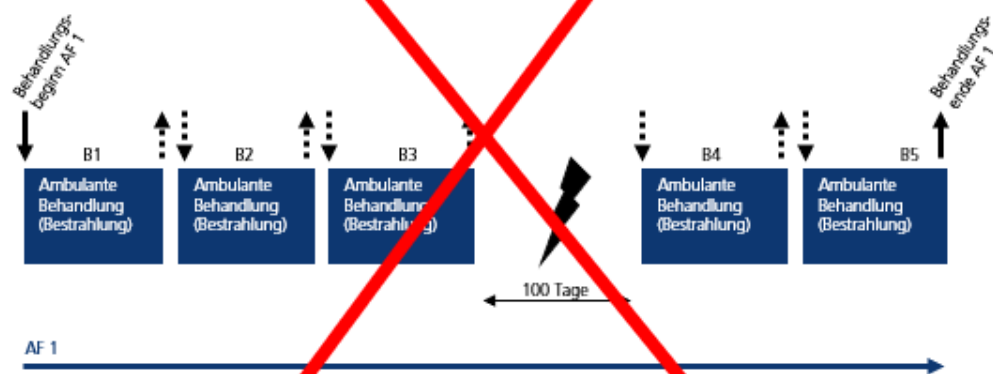
Bemerkungen

Für diese Behandlung wird aus administrativer Sicht ein administrativer Fall (AF 1) geführt. Er bildet die ambulante Behandlung (B1) ab.

Erläuterung

Der Patient geht einmal pro Woche ins Spital, um sich bestrahlen zu lassen (B1 bis B3). Es gibt einmal einen Behandlungsunterbruch von 100 Tagen. Danach wird die Behandlung wieder aufgenommen und ähnlich weitergeführt (B4, B5).

Abbildung



Bemerkungen

- Für diese Behandlung wird aus administrativer Sicht ein administrativer Fall geführt:
- Der administrative Fall 1 (AF 1) bildet die ambulante Mehrfachbehandlung ab B1 bis B5). Ein Behandlungsunterbruch von 100 Tagen hat keinen Einfluss auf die Schliessung und Eröffnung eines neuen administrativen Falls 2. Der AF 1 wird bei Wiederaufnahme der Mehrfachbehandlung weitergeführt.

Die Nummerierung der Beispiele wird ebenfalls entsprechend angepasst.